largement sous-estimée en raison de nombreux facteurs dus à la fois à la population des femmes qui consultent peu et aux méthodes de recueil imparfaites. Cette prévalence va augmenter dans les années à venir en raison du vieillissement de la population issue du baby-boom. Malgré cela, et en dépit des progrès réalisés dans les traitements de l'incontinence urinaire de la femme, sa prise en charge est encore imparfaite. Une meilleure formation des médecins et des acteurs paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmières…) est nécessaire afin de répondre au mieux à la demande de ces patientes.

RÉFÉRENCES

1. **Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebout P, et al.** Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: a national cross-sectional survey. Eur Urol 2006;50:818-25.
2. **Sykes D, Castro R, Pons ME, et al.** Characteristics of female outpatients with urinary incontinence participating in a 6-month observational study in 14 European countries. Maturitas 2005;52S:S13-23.
3. **Lasserre A, Pelat C, Guéroult V, et al.** Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. Eur Urol 2009;56:177-83.
4. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. Ministère de la Santé et des Solidarités. Pr François Haab, Université Paris VI, hôpital Tenon, Paris. Avril 2007.

CONDUITE DIAGNOSTIQUE ET ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT

Démarche devant une incontinence urinaire chez la femme

Gérard Amarenco, Angélique Brotier, Amandine Guinet, Marylène Jousse
Service de neuro-urologie, hôpital Tenon, AP-HP, Er6 UPMC, 75970 Paris Cedex 20.
gerard.amarenco@tnn.aphp.fr

Confirmer le diagnostic, préciser le type et le ou les mécanismes de l'incontinence, évaluer l'importance quantitative des fuites et leur retentissement en termes de qualité de vie, ne pas méconnaître une cause spécifique en cas d'incontinence révélatrice d'une pathologie urologique ou neurologique et proposer un traitement adapté de première ligne, tels sont les enjeux de la démarche clinique au cours d'une incontinence urinaire chez la femme (*v.* figure).

Diagnostic de l'incontinence

Si l'incontinence urinaire féminine pose toujours le problème de son retentissement en termes de qualité de vie, les facteurs physiopathologiques et étiopathogéniques demeurent des éléments fondamentaux. C'est en effet à partir du mécanisme physiopathologique que pourront aisément se déterminer les modalités thérapeutiques, qu'elles soient médicamenteuses, rééducatives ou qu'elles fassent appel à différentes techniques chirurgicales. Les facteurs étiopathogéniques dictent, eux, la conduite à tenir quant à la pathologie causale et sont donc tout aussi importants à déterminer.

Le diagnostic de l'incontinence ou plutôt des incontinences repose avant tout sur l'interrogatoire et plus rarement sur l'examen clinique.[1] Les examens complémentaires, et notamment le bilan urodynamique, ne se discutent qu'après l'analyse clinique détaillée.

Le diagnostic « positif » de l'incontinence n'est que déclaratif. C'est la patiente qui rapporte son incontinence, il est inutile de la confirmer cliniquement. Cela est particulièrement vrai pour l'incontinence urinaire à l'effort dont la définition clinique européenne s'oppose à la définition urodynamique nord-américaine (avec visualisation radiologique d'une fuite du produit de contraste dans la filière urétrale lors d'un effort de toux alors que celui-ci n'induit pas simultanément de contraction désinhibée du détrusor vérifiée cystomanométriquement).

L'incontinence est donc une fuite d'urine, quelles qu'en soient la quantité, les circonstances de survenue et la cause, et quel qu'en soit l'éventuel retentissement.

Nous ne retenons plus désormais la prise en compte sociale ou hygiénique ou la gêne induite : une fuite est une fuite. Ce terme est d'ailleurs préféré à celui de perte, trop équivoque chez la femme (et d'ailleurs certaines incontinences sont parfois confondues avec des écoulements gynécologiques).

Les seules exclusions quant aux fuites urinaires non considérées comme incontinence sont les mictions par regorgement des vessies rétentionistes, les abouchements ectopiques de l'uretère en intravaginal et les fistules vésico-vaginales, qui posent parfois de redoutables problèmes diagnostiques.

La classification des incontinences est déterminée par l'interrogatoire de la patiente.[2]

Incontinence urinaire par urgenturie

L'incontinence urinaire par urgenturie entre dans le cadre plus protéiforme

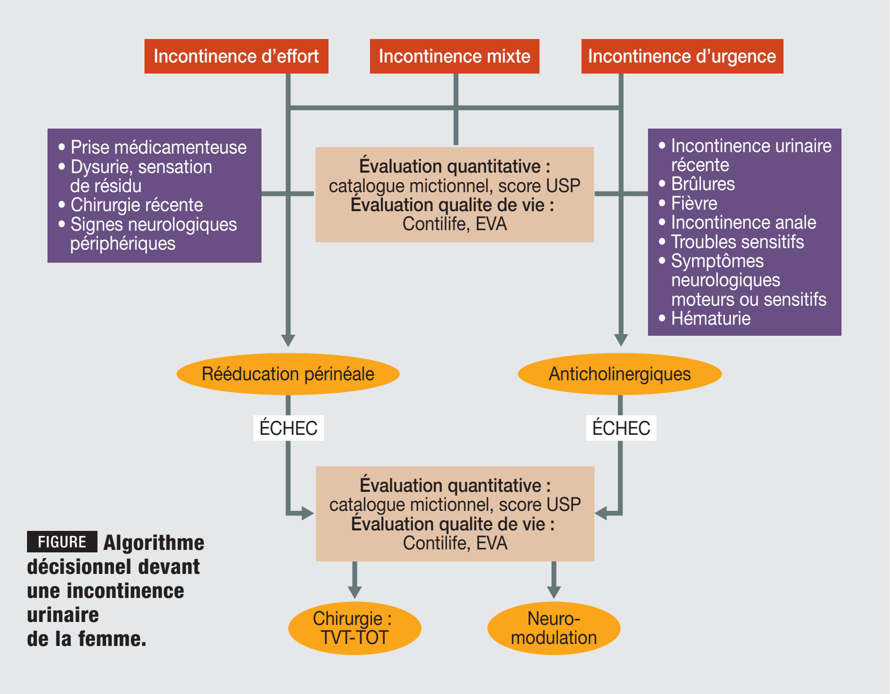

Incontinence d'effort
Incontinence mixte
Incontinence d'urgence
• Prise médicamenteuse
• Dysurie, sensation de résidu
• Chirurgie récente
• Signes neurologiques périphériques
Évaluation quantitative : catalogue mictionnel, score USP
Évaluation qualite de vie : Contilife, EVA
• Incontinence urinaire récente
• Brûlures
• Fièvre
• Incontinence anale
• Troubles sensitifs
• Symptômes neurologiques moteurs ou sensitifs
• Hématurie
Rééducation périnéale
Anticholinergiques
ÉCHEC
ÉCHEC
Évaluation quantitative : catalogue mictionnel, score USP
Évaluation qualite de vie : Contilife, EVA
Chirurgie : TVT-TOT
Neuro-modulation

FIGURE **Algorithme décisionnel devant une incontinence urinaire de la femme.**

du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (*overactive bladder* [OAB]) dont le symptôme clé est l'urgenturie définie par un besoin soudain et urgent d'uriner.[3-5] C'est la brutalité de l'urgence qui est pathologique, la sensation d'urgence physiologique étant toujours précédée d'une lente (et successive) progression des besoins d'uriner. Les autres symptômes de l'hyperactivité vésicale sont la pollakiurie (en raison des urgences et donc de la faible capacité vésicale) et la nycturie. L'incontinence par urgenturie va donc s'exprimer par des fuites immédiatement précédées d'une impériosité urinaire. Cette incontinence peut être variable en fréquence (voire en présence) en fonction de l'importance du « délai de sécurité », c'est-à-dire du temps pendant lequel il est possible à la patiente de se retenir à partir d'un besoin normal jusqu'au besoin impérieux accompagnant la miction imminente. L'urgence n'est pas toujours suivie de fuites, que la femme puisse se déplacer rapidement aux toilettes ou qu'elle puisse volontairement inhiber la miction par une violente contraction soutenue des muscles du plancher périnéal (mettant en jeu ainsi le réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur). On voit là les facteurs de variation de l'incontinence : l'existence d'un handicap moteur (tel celui observé chez le patient neurologique ou chez la personne âgée) va évidemment majorer ou créer une incontinence en raison de l'impossibilité de la patiente à souscrire rapidement à son besoin urgent. À l'inverse, une pollakiurie de « sécurité » avec des mictions fréquentes, « préventives », peut permettre d'éviter une incontinence urinaire par urgenturie.

Interrogatoire de la patiente

Dans tous les cas, l'interrogatoire permet de préciser tous ces éléments déterminants dans la genèse ou l'évitement de fuites.

Ce type d'incontinence doit aussi, autant que faire se peut, être quantifiée en termes de fréquence (plurihebdomadaire, quotidienne, pluriquotidienne, plurimensuelle), voire d'importance (gouttes, petits jets, jets importants, inondation) en s'aidant de l'évaluation du nombre et du type de protections utilisées. Les scores de symptômes permettent de quantifier l'importance de ces fuites et le score USP *(Urinary Symptom Profile)* [tableau 1] permet, en pratique clinique, d'évaluer les troubles et de suivre la réponse thérapeutique, par exemple aux anticholinergiques. Le catalogue mictionnel effectué sur trois jours (trop peu utilisé en pratique) permet, par la notification sur une simple feuille de papier par la patiente elle-même de l'heure de ses mictions, éventuellement de leurs volumes, et de l'horaire et de l'importance des fuites (+, ++, +++), d'avoir une idée précise de la symptomatologie, ce calendrier mictionnel étant aussi un excellent outil de suivi.

Le dernier point à préciser concernant les incontinences par urgenturie est le facteur déclenchant éventuel.

Certaines urgences surviennent en effet spontanément, en position immobile, par exemple en station assise, sans bouger, devant la télévision ou en lisant un journal. Ces urgences alors irrépressibles sont très volontiers le fait d'une hyperactivité motrice du détrusor ; ces contractions non inhibées précoces et anarchiques (bien confirmées au bilan urodynamique) relèvent d'un traitement anticholinergique.

D'autres urgences surviennent lors de la mise en position debout (depuis la position assise ou allongée). Cela peut procéder d'une onde de contraction désinhibée induite par la mise en orthostatisme (et là encore dépistée par le bilan cystomanométrique effectué en position debout), mais aussi d'une incompétence sphinctérienne avec alors l'apparition d'un réflexe d'ouverture généré par l'arrivée de quelques gouttes d'urine dans l'urètre postérieur créant une sensation d'urgence urinaire. Cela n'est pas neutre sur le plan thérapeutique, car, dans ce cas, les anticholinergiques, n'ayant aucune action sur le sphincter urétral, n'ont aucune efficacité, à l'inverse de certains sérotoninergiques (duloxétine) et de la rééducation périnéale.

Certaines urgenturies sont d'origine purement psychocomportementales, telles les urgences mictionnelles apparaissant lorsque le patient arrive près de chez lui (syndrome de la clé dans la porte, syndrome de la porte du garage des Anglo-Saxons) et dont le traitement repose sur un programme de réhabilitation comportementale (apprentissage de la distraction attentionnelle, apprentissage des mictions volontairement retardées…).

D'autres impériosités mictionnelles sont d'origine purement sensorielle, avec des besoins soudains et urgents apparaissant lors de stimulus auditifs (audition d'eau ruisselante), visuels (eau qui coule) ou thermiques (temps froid). Dans ces cas, les anticholinergiques sont loin d'être toujours efficaces, et c'est souvent une bonne indication de la neuromodulation par électrostimulation périphérique du nerf tibial postérieur.

Enfin, certaines incontinences par urgenturie sont considérées comme cognitivo-instincto-comportementales ; c'est le cas des fuites sur urgence survenant lors de paroxysmes émotionnels tels que la frayeur, l'orgasme, le fou rire *(giggle incontinence)*.

Les fuites urinaires survenant au cours des rapports sexuels posent souvent de redoutables problèmes diagnostiques. Il est parfois facile d'en faire une banale incontinence d'effort (surtout si le facteur positionnel ou… de position) influence l'existence ou non de ces fuites et s'il n'existe pas de besoin ressenti (ces fuites surviennent lors du coït lui-même). C'est aussi le cas d'authentiques incontinences par urgenturie (avec alors des fuites avec besoin urgent) mais dont il faut distinguer celles qui surviennent spontanément de celles qui surviennent à la stimulation cutanée périnéale, clitoridienne, telles que l'on peut les observer au cours de lésions neurologiques (et dont la physiopathologie est la même que le déclenchement des contractions vésicales par percussions sus-pubiennes). Parfois donc, les fuites surviennent à l'orgasme, évoquant une instabilité urétrale. Mais d'autres fuites percoïtales surviennent lors de la pénétration vaginale, avec petites gouttes, pouvant évoquer un diverticule de l'urètre dont la vidange est provoquée par l'intromission.

Explorations urodynamiques

Parfois, l'interrogatoire ne suffit pas pour avoir des éléments de certitude quant à l'existence d'une incontinence urinaire par urgenturie. L'examen clinique n'est d'aucune valeur (du moins sur le plan physiopathologique), et c'est devant des tableaux frustes, devant une incontinence mixte, devant une mauvaise réponse à un traitement anticholinergique d'épreuve que prennent tout leur intérêt les explorations urodynamiques. Cet examen, conduit sur une femme avec des urines stériles (examen cytobactériologique des urines [ECBU] obligatoirement négatif), repose avant tout sur la cystomanométrie, c'est-à-dire sur l'enregistrement des pressions détrusoriennes tout au long d'un remplissage progressif de la vessie à l'aide d'un cathéter transurétral. La cystomanométrie permet de mettre en évidence, en cas d'incontinence par urgenturie, une hyperactivité du détrusor définie par des contractions non inhibées précoces d'amplitude variable pouvant ou non limiter la capacité vésicale.

Mais cet examen peut rester normal en condition standard, et n'être positif qu'en condition sensibilisatrice (test à l'eau glacée, remplissage rapide, remplissage en position debout, holter vésical), voire rester définitivement normal si l'incontinence ne procède pas d'une hyperactivité motrice du détrusor mais d'un trouble sensitif ou psychocomportemental.

Quelle cause ?

Si l'étape de la détermination physiopathologique de l'incontinence par urgenturie est fondamentale dans la compréhension du trouble, et donc dans sa prise en charge thérapeutique, l'étape de l'enquête étiopathogénique est tout aussi fondamentale, car d'autres enjeux sont alors à considérer, tout particulièrement en cas de diagnostic d'une vessie neurologique.

Dans l'immense majorité des cas, l'incontinence urinaire par urgenturie, et plus généralement le syndrome clinique d'hyperactivité vésicale, reste idiopathique ou du moins sans facteur causal urologique mécanique obstructif, ou neurogène.

C'est ainsi le cas de l'immaturité vésicale où l'on retrouve une longue histoire de pollakiurie et d'urgences, de notion familiale de syndrome d'hyperactivité vésicale ou d'énurésie, des antécédents personnels d'énurésie tardive. L'hyperactivité vésicale de la patiente, son incontinence par urgenturie ne sont qu'une manière d'être, une simple déviation par rapport à la normale gaussienne, et le seul problème est celui de la qualité de vie et, de manière subséquente, celui du traitement.

En revanche, l'apparition récente d'une incontinence par urgenturie doit toujours faire évoquer une cause organique (les seules incontinences par urgenturie datant de l'enfance qui ne soient pas idiopathiques relèvent de pathologies neurogènes congénitales de type spina, lipome, moelle fixée insérée basse, où le diagnostic est assez facile *[v. infra]*).

Un contexte aigu doit faire évoquer une infection basse (pollakiurie, urgen-

TABLEAU 1

SCORE D'INCONTINENCE URINAIRE PAR URGENCE DE L'ÉCHELLE USP

Durant les 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales : combien de fois par semaine avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jour
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

ces, brûlure, hématurie) et faire demander un ECBU, l'existence d'un contexte fébrile associé signant une dissémination parenchymateuse (pyélonéphrite) dont on connaît l'urgence du traitement.

Une apparition plus progressive d'une incontinence par urgenturie peut faire suggérer une lésion neurologique centrale (lésion encéphalique ou médullaire). La coexistence de troubles de la sensibilité vésico-urétrale, de troubles anorectaux associés (impériosité fécale, incontinence anale sur urgence défécatoire) ou génito-sexuels, la notion de troubles sensitifs (paresthésies, hypoesthésie, décharges) ou moteurs (déficit, fatigabilité) des membres inférieurs, est hautement évocatrice, de même que la notion d'antécédents multifocaux régressifs ou l'existence de troubles de l'équilibre, de la coordination, de la vision dans le cadre d'une démyélinisation. L'examen neurologique clinique (recherche d'un syndrome pyramidal, d'un déficit sensitivomoteur, d'une anomalie des nerfs crâniens) est indispensable alors que le classique examen neuropérinéal est de peu d'utilité dans ces incontinences par urgenturie (alors qu'il reste d'un appoint non discutable devant une dysurie ou une rétention chez la femme).

L'apparition progressive de signes irritatifs (dont l'incontinence par urgenturie est l'une des manifestations) associés à une dysurie doit faire éliminer une composante obstructive, avec la recherche clinique d'une sténose urétrale (calibration) et d'un prolapsus. Dans tous les cas, ce d'autant que la patiente a des facteurs de risque (tabac), l'apparition récente de signes irritatifs doit faire pratiquer une cystoscopie à la recherche d'une lésion spécifique.

Mais dans la grande majorité des cas, l'enquête diagnostique reste négative. Le diagnostic d'incontinence par urgenturie idiopathique est alors retenu… bien que l'on sache désormais qu'un certain nombre de syndromes cliniques d'hyperactivité vésicale soient en fait secondaires à une dysrégulation du système nerveux autonome (faisant ainsi le lien syndromique avec des entités où l'on a désormais bien montré la composante, voire le déterminisme végétatif, tels le syndrome métabolique, l'obésité, la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable…).

Quelquefois, l'interrogatoire retrouve des petits signes de la lignée dysautonomique (manifestations d'hypotension orthostatique, éblouissement facile à la lumière, hypo- ou hypersudation, anomalie de la thermorégulation, satiété rapide, douleurs et ballonnements abdominaux, blocages œsophagiens…). Des tests spécifiques (tests cardiovasculaires de la fonction autonome) permettent parfois de confirmer cette dysrégulation végétative globale à expression vésicale.

Incontinence urinaire à l'effort

Les fuites, non précédées de la sensation de besoin, surviennent à l'occasion d'un effort, soit brutal (toux, éternuement, quinte de toux, soulèvement de charges, saut), soit progressif ou maintenu (marche, course…).[4, 5]

Les facteurs de risque sont nombreux et clairement identifiés : la ménopause, les antécédents de grossesse et d'accouchements, notamment difficiles, les enfants de poids élevé, le vieillissement, certains facteurs génétiques…

Les mécanismes physiopathologiques ne sont pas univoques.

L'hypermobilité cervico-urétrale (s'accompagnant d'une cervico-cystoptose) doit être évaluée cliniquement (et au mieux mesurée par le Q-Tip Test, qui consiste à mesurer l'angle que prend un coton-tige introduit dans l'urètre avant et après un effort de poussée abdominale). Au cours de l'hypermobilité, on observe une fuite à l'effort de toux lors de l'examen de la patiente en position gynécologique, cette fuite pouvant être totalement (ou partiellement) corrigée par la manœuvre de soutènement bilatéral sans contrainte de l'urètre distal (effectuée avec une pince mousse p. ex.), préjugeant alors, d'une part, du mécanisme physiopathologique de l'incontinence, d'autre part, de l'efficacité attendue de la pose d'une bandelette sous-urétrale (TVT, TOT) reproduisant alors, mais en permanence, l'effet de la manœuvre clinique.

Des fuites urinaires à la poussée relèvent plutôt d'une incompétence sphinc-

TABLEAU 2

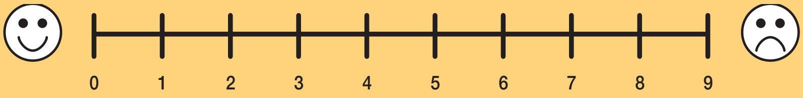
SCORE D'INCONTINENCE URINAIRE À L'EFFORT DE L'ÉCHELLE USP

Durant les 4 dernières semaines, pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez eu des fuites au cours d'efforts physiques. Merci de cocher une case pour chacune des lignes A, B et C.

	Jamais de fuite d'urine	**Moins d'une fuite d'urine par semaine**	**Plusieurs fuites d'urine par semaine**	**Plusieurs fuites d'urine par jour**
A. **Lors des efforts physiques importants**	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
B. **Lors des efforts physiques modérés**	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
C. **Lors des efforts physiques légers**	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items A + B + C.

SCORE « INCONTINENCE URINAIRE À L'EFFORT »



térienne (et dans ce cas le *Valsalva Leak Point Pressure* [VLPP] est positif en urodynamique avec insuffisance sphinctérienne associée en sphinctérométrie).

Il est parfois nécessaire de refaire un examen clinique à vessie pleine, patiente en position debout, voire après dépression par valves intravaginales d'éléments de prolapsus (rectocèle, cystocèle) qui, par leur effet pelote, peuvent masquer une incontinence urinaire d'effort.

La quantification de l'incontinence d'effort peut passer par la réalisation d'un *pad test* où l'on va, à l'occasion d'un test codifié (10 min en moyenne) peser avant et après exercices imposés une couche, pour vérifier la réalité d'une incontinence et en juger l'importance quantitative.

Incontinence mixte

La définition pourrait en être simple : c'est l'association d'une incontinence par urgenturie et d'une incontinence d'effort.[6, 7] Mais souvent il ne s'agit pas de l'association de deux facteurs physiopathologiques différents (p. ex. hyperactivité du détrusor pour explique l'incontinence par urgenturie et hypermobilité urétrale pour expliquer l'incontinence d'effort), mais bien d'un facteur physiopathologique univoque déterminant des fuites à la fois à l'effort mais aussi par urgence… ou accompagnées d'urgence, ce qui est toujours extrêmement difficile à discriminer.

C'est par exemple le cas des instabilités urétrales dont on n'est d'ailleurs pas certain, non pas tant de leur réalité urodynamique mais de leur valeur physiopathologique et de leur signification étiopathogénique. Ces variations brutales, syncopales du tonus urétral peuvent générer des fuites à l'effort et des urgences avec fuites.

Les insuffisances musculo-périnéo-sphinctériennes sont aussi sources non seulement d'incontinences d'effort par défaut de soutènement actif, volontaire et réflexe du complexe sous-cervico-urétrovésical mais aussi d'incontinences par urgenturie par diminution d'efficience du réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur, déterminant ainsi une typique incontinence mixte.

Autres types d'incontinence

Ce sont les incontinences inclassables dans les trois catégories précédentes.

Les fuites permanentes, insensibles, non perçues, non précédées de besoin, survenant sans effort doivent faire éliminer, outre une fistule vésico-vaginale en cas d'antécédents évocateurs (chirurgie, accouchement traumatique, radiothérapie), un abouchement ectopique chez la femme jeune.

Les fuites non précédées de besoin, insensibles mais perçues peuvent être le fait d'une incompétence sphinctérienne majeure.

Les fuites en gouttes postmictionnelles peuvent être secondaires à un diverticule urétral qui se vidange en postmictionnel, comme à une miction vaginale où le vagin se remplit pendant la miction normale et se vide ensuite de manière progressive, la miction étant terminée. Le test au tampon (port d'un tampon intravaginal) peut faire facilement le diagnostic avant d'effectuer une urétrocystographie par voie rétrograde avec clichés permictionnels.

Évaluation de l'incontinence

L'évaluation qualitative et quantitative repose avant tout sur les scores de symptômes et de qualité de vie.

Ces outils spécifiquement validés pour l'incontinence ont une utilité indéniable dans l'évaluation en recherche clinique et en pratique quotidienne. Ils autorisent en effet, par la quantification qu'ils permettent, un suivi longitudinal de la patiente et de vérifier ainsi l'impact des thérapeutiques, qu'elles soient rééducatives, médicamenteuses ou chirurgicales.

Le score de symptômes le plus recommandable est le score USP (tableaux 1 et 2).[8] Il est validé dans tous les types d'incontinence (aussi bien chez l'homme que chez la femme). Il n'est pas exclusif de l'incontinence, car il appréhende aussi des troubles fréquemment associés (symptômes d'hyperactivité vésicale [pollakiurie, nycturie, urgenturie sans fuite], ou signes obstructifs qui s'observent parfois dans certains cadres étiopathogéniques particuliers [dysurie, rétention]).

TABLEAU 3

IMPRESSION GLOBALE DU PATIENT : AMÉLIORATION

Cochez la case qui décrit le mieux l'état actuel de vos voies urinaires, comparativement à ce qu'il était avant que vous preniez le traitement pour les troubles urinaires.

☐	**1**	Énormément mieux
☐	**2**	Beaucoup mieux
☐	**3**	Un peu mieux
☐	**4**	Aucun changement
☐	**6**	Beaucoup empiré
☐	**7**	Énormément empiré

Le catalogue mictionnel (*v.* supra) permet une évaluation (et une auto-évaluation) rapide des fuites, de leur fréquence, de leur importance et du symptôme fréquemment associé qu'est la pollakiurie, avec le chiffrage des horaires des mictions. Il peut, lui aussi, constituer un outil de suivi simple, bien accepté par la patiente.

Le score de qualité de vie à privilégier est le score Contilife, validé chez la femme aussi bien pour l'incontinence d'effort que pour l'incontinence sur urgences mictionnelles.[9] Si ce type d'outil est indispensable au cours des études cliniques, notamment dans le cadre de la validation des thérapeutiques médicamenteuses et/ou chirurgicales, il peut être remplacé en pratique quotidienne soit par une simple échelle visuelle analogique, soit par un score d'impression globale du patient (*Patient Global Improvement* [PGI]) quand il s'agit de vérifier l'efficacité d'un traitement (tableau 3).

Conclusion

L'incontinence urinaire de la femme n'est pas toujours qu'un banal symptôme traduisant le vieillissement de l'appareil vésico-sphinctérien, le crépuscule hormonal, ou la rançon obligatoire des grossesses et accouchements répétés. C'est parfois le signe d'appel d'une pathologie grave, neurologique notamment, qu'il convient de dépister. C'est souvent un fardeau conséquent en termes de retentissement psychologique et social qu'il faut évaluer. C'est toujours un défi thérapeutique en raison de l'efficacité pour le moins inconstante des traitements proposés (rééducatif, médicamenteux, chirurgicaux) et des contraintes de soin somme toute très importantes (longue durée et disponibilité nécessaire pour la rééducation, effets secondaires non négligeables des anticholinergiques, risque de non-efficacité de la chirurgie ou apparition à son décours de troubles pas forcément moins gênants que les signes pour lesquels la patiente a été opérée) pour une pathologie qui reste essentiellement fonctionnelle. •

G. Amrenco déclare être membre de *boards*, investigateur, formateur pour les industriels suivants : Medtronic, Laborie, Astellas, Rottapharm, MSD, Pfizer, Astratech, Coloplast, Ipsen, Allergan, etc., et membre des bureaux de la SIFUD-PP et de la SOFMER, etc. A. Brotier, A. Guinet, M. Jousse n'ont pas transmis de déclaration de conflit d'intérêts.

SUMMARY Approach to urinary incontinence in women

Urinary incontinence is a very common problem in women; it can lead to a specific alteration of quality of life which is necessary to evaluate before any treatment. Various types of incontinence can be described: stress incontinence, urge incontinence, mixed incontinence.

Clinical examination is always necessary to exclude a specific cause of incontinence particularly neurogenic dysfunction in which incontinence may be the first symptom before motor or sensitive alterations appearance.

Urodynamic investigations can easily determine pathophysiologic factors and allow a best choice of therapeutic strategies.

Concerning stress urinary incontinence, first line treatment consists of pelvic floor exercices before surgical therapy, and anticholinergic drugs are always tried in urge incontinence before sacral neuromodulation.

Incontinence urinaire de la femme enceinte

Xavier Deffieux*, **, *,**
Thibault Thubert*, **,
Géraldine Demoulin**
* Université Paris-Sud, faculté de médecine du Kremlin-Bicêtre, 94270 Le Kremlin-Bicêtre ;
** service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, AP-HP, hôpital Antoine-Béclère, 92141 Clamart ; *** ER6, UPMC, 75013 Paris.
xavier.deffieux@abc.aphp.fr

Les symptômes d'incontinence urinaire (à l'effort et par urgenturie) augmentent au cours de la grossesse. Ces symptômes sont rapportés par 10 à 30 % des femmes à 20 semaines d'aménorrhée, et par 40 à 50 % des femmes à 36 semaines d'aménorrhée. Après l'accouchement, ces symptômes disparaissent spontanément chez une majorité de femmes, puisqu'elles sont seulement 5 à 10 % à conserver une incontinence urinaire 3 mois après l'accouchement.[1] L'existence d'une incontinence urinaire en cours de grossesse peut s'accompagner d'une altération de la qualité de vie, mais moins de 20 % des femmes concernées considèrent que ces fuites sont gênantes.

Facteurs de risque d'incontinence urinaire en cours de grossesse et dans le post-partum

Le surpoids, un âge maternel inférieur à 22 ans ou supérieur à 35 ans, une activité physique importante et une incontinence urinaire préexistante sont des facteurs de risque d'incontinence urinaire en cours de grossesse et du post-partum.[1, 2] Chez les femmes qui ont accouché une fois par voie vaginale, un nouvel accouchement n'augmente pas le risque d'incontinence urinaire à 4 ans. Les données concernant la consommation de thé, de café et de tabac ne permettent pas de déterminer si ces agents ont un impact sur la continence urinaire au cours de la grossesse.

Les modalités d'accouchement (position, durée du travail, extraction instrumentale, épisiotomie, anesthésie péridurale) n'ont pas d'impact sur l'apparition ou la persistance d'une incontinence urinaire dans le post-partum ou à long terme.[1, 3] À court terme, l'accouchement par césarienne est associé à une moindre prévalence et à une moindre incidence de l'incontinence urinaire post-natale. À plus long terme, les données sont encore insuffisantes pour conclure. La réalisation d'une césarienne en cours de travail ne diminue pas le risque de voir apparaître ou persister une incontinence urinaire à court ou long terme.

Diagnostic et traitement d'une incontinence urinaire chez la femme enceinte

Le diagnostic du type d'incontinence urinaire en cours de grossesse repose sur la traduction française de la nomenclature de l'*International Continence Society*.[4]

Il n'y a pas lieu de réaliser de test à la toux, de *pad test*, de *testing* périnéal pour évaluer la force de contraction des muscles du périnée, ou de bilan urodynamique en cours de grossesse, car ces éléments ne semblent pas être corrélés aux symptômes rapportés par les patientes, et leurs résultats ne modifient pas la prise en charge.

Il faut s'assurer de l'absence d'infection urinaire et de bactériurie symptomatique. En cas de doute, une rupture de la poche des eaux doit être éliminée en vérifiant l'absence d'écoulement de liquide amniotique à l'examen sous spéculum. Une mesure du résidu post-mictionnel peut être réalisée par échographie en cas de suspicion de rétention.

La rééducation périnéale par des exercices de contraction volontaire des muscles périnéaux, sous les conseils d'un thérapeute, améliore l'incontinence urinaire de la grossesse et diminue la prévalence de l'incontinence urinaire à 3 mois du post-partum. En revanche, elle ne semble pas apporter de bénéfice à plus long terme. Le massage périnéal au troisième trimestre de la grossesse ne diminue pas la prévalence de l'incontinence urinaire du post-partum.

Même si ces médicaments ne sont pas tératogènes, la prescription d'un traitement anticholinergique